

en profundidad y la R elevándose a medida que el electrodo se desplaza hacia la izquierda. En la sobrecarga ventricular izquierda sucede como en los normales, pero el cambio es mucho más brusco y mientras en la posición C2 se obtienen una R insignificante y una S muy profunda, en la punta ésta prácticamente desaparece y la R es anormalmente alta. El segmento S-T puede desviarse hacia abajo, como en las derivaciones standard y la onda T hacerse negativa y es curioso que mientras unos enfermos exhiban estas alteraciones muy claramente en las derivaciones de los miembros y no en las torácicas, otros hacen precisamente lo contrario, sin que por el momento pueda decirse a qué es debida esta diversa comportamiento. Ella nos indica con todo, una vez más, la necesidad de incluir los trazados precordiales en toda exploración completa de los enfermos cardíacos.

REUMATISMO CARDIO-VASCULAR EVOLUTIVO CON MANIFESTACIONES MULTIPLES.—E. JUNCADILLA y A. MARTÍNEZ SAURET.—(3-2-45).—Presentan un enfermo afecto de fiebre reumática de curso subagudo, con manifestaciones endomiocárdicas, articulares, cutáneas y pleuro-pulmonares.

Se trataba de un joven de dieciséis años que había presentado en otras ocasiones manifestaciones reumáticas. Pocos días antes de su ingreso en la Clínica fué visitado por uno de los comunicantes con un cuadro agudo pleuro-pulmonar. Presentaba signos de condensación en ambas bases pulmonares. Al mismo tiempo se le apreciaba una erupción eritematosa de caracteres especiales. Se trataba de pequeñas manchas eritematosas que rápidamente palidecían en su centro, demarcándose así en forma de anillos. Estas manchas, al principio pequeñas, confluían al crecer, dando imágenes policíclicas. Su duración era de pocos días, desapareciendo sin dejar pigmentación para reaparecer seguidamente en sucesivos brotes. Se localizaban en abdomen y tórax (anterior y posterior). No en miembros. No eran pruriginosas ni papulosas. En el curso de su estancia en la Clínica estos brotes se fueron sucediendo casi sin interrupción. Las manifestaciones pleuro-pulmonares continuaron observándose durante las primeras semanas de su estancia en la Clínica. Los signos eran variables y correspondían a condensaciones pulmonares y derrame pleural escaso. En un lado fué éste puncionado y en el líquido existían eosinófilos.

Al principio de su estancia en la Clínica presentaba un bloque A-V con retardo progresivo de la conducción en forma de períodos de Wenckenbach, signo de participación cardíaca del proceso. Días después desapareció este tipo de bloqueo, quedando un bloqueo parcial con alargamiento del espacio P-Q. Este bloqueo sufrió alternativas demostrables en los números ECG practicados, normalizándose en algunas ocasiones.

Por auscultación se apreciaba una lesión mitro-aórtica y coincidiendo con el bloqueo A-V existía un ruido de galope protodiastólico.

El enfermo salió mejorado de la Clínica, pero falleció a los pocos meses, presentando nuevamente los brotes eritematosos.

A propósito de este caso se discuten las posibilidades y las sintomatología de las localizaciones cutáneas y pleuro-pulmonares en la fiebre reumática.

HEPATITIS CON SINDROME ICTEROASCITICO AGUDO.—SALA ROIG (J.) y PERMANYER MACIÀ (J. J.).—(12-2-45).—La existencia de un síndrome icterooascítico despierta siempre una sospecha diagnóstica de cirrosis hepática, especialmente cuando los caracteres de la ictericia permiten atribuirla a una alteración parenquimatosa, excluyendo su origen neoplásico u obstructivo.

El síndrome icterostático de las cirrosis es bien conocido, como también lo es que puede resolverse y acabar en una nueva compensación. No obstante, los dos casos que vamos a referir, especialmente el primero, no creemos que puedan atribuirse a esta causa, por lo cual creemos interesante su estudio, puesto que ofrecen un aspecto clínicamente rarísimo y su interpretación plantea problemas patogénicos muy interesantes.

Estos casos constituyen hepatitis en las que, como síntomas clínicos especiales, aparecen las ascitis y la intensa hepatomegalia, con hígado duro y que persiste cuando ya el síndrome icterico ha remitido e incluso tras las intensas diuresis (que llegan a determinar la desaparición de la ascitis, y hubieran hecho regresar la hepatomegalia si ésta hubiera sido simplemente debida a la ingurgitación sanguínea y a la inflamación serosa). Ello induce a sospechar la existencia de una intensa infiltración y proliferación intersticial, suposición que viene reforzada por el comportamiento de las proteínas séricas. En efecto, así como en los enfermos de ictericia catarral, o hepatitis simples, las alteraciones proteínicas son poco importantes, siendo raro el hallazgo de un Takata-Ara intensamente positivo y, más aún, una formosgelificación positiva, en el suero las encontramos bien